

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N° 230

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

AMID Ali Asghar Khan.

Né le 15 Juin 1915, à Téhéran Iran (Perse).

Présentée et soutenue publiquement le **8 JUL 1942** ... 19 ..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANGIOMES VERTÉBRAUX

à l'occasion d'un cas clinique

Président : M. BÉNARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **AMID.**

Prénoms: **Ali Asghar Khan.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

AMID (Ali Asghar Khan). — Contribution à l'étude des angiomes vertébraux à l'occasion d'un cas clinique. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 44 p.*

Thèse Médec. (Univ.), Paris 1942, N°

AMID (Ali Asghar Khan). — Contribution à l'étude des angiomes vertébraux à l'occasion d'un cas clinique. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 44 p.*

Thèse Médec. (Univ.), Paris 1942, N°

AMID (Ali Asghar Khan). — Contribution à l'étude des angiomes vertébraux à l'occasion d'un cas clinique. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 44 p.*

Thèse Médec. (Univ.), Paris 1942, N°

AMID (Ali Asghar Khan). — Contribution à l'étude des angiomes vertébraux à l'occasion d'un cas clinique. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 44 p.*

Thèse Médec. (Univ.), Paris 1942, N°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

AMID Ali Asghar Khan.

Né le 15 Juin 1915, à Téhéran Iran (Perse).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANGIOMES VERTÉBRAUX

à l'occasion d'un cas clinique

Président : M. BÉNARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAINEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	GOSSET.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	MONDOR.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	PORTES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	BROCQ.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	HAGUENAU	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	LACOMME	Obstétrique.	
	cale.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médi-	LAVIER	— Parasitologie.	
	cale.		LELONG	Pathologie	médi-
BESANCON Justin.	Hydrologie.			cale.	
BONNET	Bactériologie		LEMAIRE	Pathologie	expéri-
BOULIN	Pathologie	médi-		mentale.	
	cale.		LENEGRE	— Pathologie	médi-
BROUET	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
BULLIARD	Histologie.		MARCHAL	Pathologie	médi-
CACHERA	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		MENEGAUX	Pathologie	chirur-
CORDIER	Anatomie.			gicale.	
COSTE	Pathologie	médi-	MOLLARET	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médi-
DELARUE	Anatomie	patholo-		cale.	
	gique.		PATEL	Pathologie	chirur-
DELAY	Pathologie	médi-		gicale.	
	cale.		PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirur-
DESGREZ (H.)	Physique.			gicale.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RENARD	Ophthalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SENEQUE	Pathologie	chirur-
FEVRE	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SICARD	Pathologie	chirur-
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SOULIE	Pathologie	médi-
GALLIARD	Parasitologie.			cale.	
GARCIN	Pathologie	médi-	SUREAU	Obstétrique.	
	cale.		TURPIN	Pathologie	médi-
Mlle GAUTHIER-				cale.	
VILLARS	Anatomie	patholo-	WILMOTH	Pathologie	chirur-
	gique.			gicale.	
DE GENNES	Pathologie	médi-			
	cale.				

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirur-	HUGUENIN	Anatomie	Patholo-
	gicale.			gique.	
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	— Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirur-	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.	
	gicale.		VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A qui je dois tout.

A MES FRERES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

! MONSIEUR LE PROFESSEUR BENARD

Professeur de Pathologie expérimentale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAITRES

A MON CHER MAITRE DOCTEUR DELANOE

Médecin-Chef de l'Hôpital de Corbell
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918

*Dont j'ai le grand honneur
d'avoir été l'interne pour la con-
fiance et l'amitié qu'il a bien
voulu toujours me témoigner.*

A MONSIEUR DEPARIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique et Assistant à l'Hôtel-Dieu

*Toute ma gratitude pour sa
constante bienveillance à mon
égard et la large contribution
qu'il a bien voulu apporter à
mon instruction médicale au
cours de ma dernière année
d'études.*

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer dans cette thèse un cas d'angiome vertébral dont le diagnostic est posé cliniquement et radiologiquement.

Nous n'avons pas pu apporter la preuve histologique car notre malade est toujours en vie.

Néanmoins, il nous a paru intéressant de rapporter ces faits car les angiomes vertébraux ne constituent pas de lésions bien fréquentes, mais leur retentissement médulo-radriculaire, les problèmes que posent leur diagnostic et leur traitement, présentent un grand intérêt.

HISTORIQUE

Les angiomes vertébraux forment un groupe d'affections fort intéressantes et malgré la place qu'ils occupent aujourd'hui dans le chapitre des affections rachidiennes, il y a quelques années il était totalement inconnu. CRUVEILHIER semble en avoir décrit le premier cas : les os du bassin, le sacrum et les deux dernières vertèbres lombaires étaient farcies de tumeurs érectiles. VIRCHOW apporte un cas coïncidant avec un angiome du foie.

DEETZ, GERBORDT, MUTHMANN, SALTIKOW, RIBBERT, PENTMANN, TROMMER en ont publié nombre d'observations purement anatomiques.

En 1926 GOLD décrit une lésion vertébrale angiomal et la radiographie post-mortem de la lésion présente la plus grande analogie avec les radiographies sur le vivant ultérieurement publiées.

PERMAN en 1926 rapporte cependant la première observation clinico-chirurgicale sur cette curieuse affection. Plus tard, GUILLAIN, DECOURT et BERTRAND, en 1928, rapportent l'observation d'un sujet atteint de

compression médullaire, l'intervention sur les vertèbres radiologiquement anormales est suivie de mort par hémorragie. La lésion est un angiome dont l'ombre radiologique a un aspect poreux spécial.

GNYORESCO, GLOBOLUS, DOSLAY et GIONO et VERSILIUS ont rapporté en 1931 l'observation d'un malade atteint d'un syndrome de compression médullaire pour angiome vertébral que les signes cliniques permettaient de situer en D3 et dont le début remontait à 9 mois environ. La radiographie avait montré un corps vertébral élargi et d'aspect spongieux en D2, se prolongeant au niveau de l'insertion de la côte droite. L'intervention par laminectomie pratiquée en D1, D2, D3 permit d'enlever une petite tumeur extradurmiérienne au niveau de D2. Le malade succomba quelques heures plus tard. A l'autopsie on trouva que toute le corps de D2 était spongieux avec des cavités remplies de sang. Ce corps vertébral plus large que les autres faisait hernie dans le canal rachidien et comprimait la moëlle. L'aspect histologique était celui de l'angiome osseux. La petite tumeur enlevée au cours de l'intervention avait la structure également d'un angiome typique.

En décembre 1931, SANDHAL (de Gotemborg) a rapporté l'observation d'une jeune fille de 17 ans qui aurait subi, à l'âge de 9 ans, un traumatisme léger de la colonne vertébrale, à la suite duquel se serait ins-

tallé un syndrome de compression médullaire très lentement constitué. La radiographie caractéristique révélait un aspect en gâteau de miel de tout le corps vertébral du D12 et la guérison fut obtenue par laminectomie. RAITH, REISNER, SCHENG, ULINGER, L(1 fil et ROEDERER prouvèrent par leurs observations l'importance de l'interprétation radiologique de l'angiome vertébral. En 1929 MM. LAMY et LEPPENETIER présentèrent à la Société de Radiologie médicale de France une observation et des radiographies de la maladie qui nous préoccupe ici. Enfin PERCIVAL, BARLEY et BUCY en 1929 rapportent un cas concernant une femme de 62 ans atteinte d'angiome portant sur D3, D5, D6 qui guérit après laminectomie et radiothérapie.

EXPOSE CLINIQUE

L'affection se révèle le plus souvent dans l'adolescence ou dans la jeunesse, mais quelques cas en ont été observés chez des gens âgés. Nous ne savons pas s'il faut attacher de l'importance à la prédominance observée jusqu'ici dans le sexe féminin (qui serait deux fois plus touché). Dans deux cas, un traumatisme léger déclencha les signes cliniques et marqua le début d'une compression médullaire progressive.

Quoi qu'il en soit le problème de l'angiome vertébral a été posé dans des circonstances différentes. Le plus souvent les malades manifestaient une paraplégie, on note cependant quelques cas comportant des phénomènes douloureux. Dans deux autres cas les sujets étant en bonne santé apparente, ce fut le hasard d'une radiographie qui révéla l'affection. Dans 16 observations, la maladie est révélée par un syndrome de compression médullaire avec une paraplégie spasmodique progressive qui s'installe en quelques semaines ou quelques mois. Dans certains cas l'évolution en est particulièrement lente. Dans le cas rapporté par GOLD par exemple la marche devient impossible au bout de

trois années. On a souvent remarqué l'existence des troubles sphinctériens et des phénomènes d'automatisme médullaire. En général c'est dans la région dorsale moyenne que siège la compression et celle-ci peut s'étendre sur la hauteur de plusieurs corps vertébraux. GUILLAIN, DECOURT et BERTRAND ont noté qu'au contraire de la compression des cancers vertébraux, celle-ci peut évoluer sans déterminer de douleur. Il en fut ainsi particulièrement dans le cas qu'ils étudièrent : un jeune homme de 18 ans présentait une grande paraplégie spasmodique avec automatisme médullaire et anesthésie superficielle totale. Il n'y avait jamais eu d'autres sensations subjectives que de légers fourmillements dans les membres inférieurs. GIANO-GRIGORESCO et VASILIIUS, plus récemment ont insisté sur une telle dissociation. Cependant dans quelques cas d'angiome on remarque comme mode de début de l'atteinte nerveuse des douleurs en ceinture permettant de préciser le siège des lésions.

D'autre part, la paralysie constituée est progressive, aboutissant aux complications habituelles qui, dans quelques cas, furent la cause de la mort.

D'autre fois, les signes neurologiques sont, en dépit d'une évolution prolongée, admirablement discrets. Tels furent, par exemple, les cas rapportés par REISNER et ROEDERER. Les douleurs peuvent se localiser aux vertèbres atteintes; irradier en ceinture ou même prendre le type sciatique.

La prédominance des signes sensitifs ou moteurs est sans doute liée au siège plus ou moins élevé de la lésion et aussi à la variété anatomique de l'angiome qui forme tantôt une saillie importante dans le canal rachidien et tantôt irrite les éléments nerveux sans réduire la lumière du canal.

Les signes rachidiens décrits sont d'ordinaire très discrets. La mobilité du rachis peut être normale comme dans le cas décrit par GUILLAIN, d'autres fois le rachis est fixé, mais en fonction, paraît-il, de la douleur locale.

Dans le cas rapporté par MUTHMANN, de ROEDERER et de LIEVRE, on observait une douleur exquise à la pression de certaines apophyses épineuses. Dans certaines observations un léger tassement rachidien, une cyphose, une scoliose ont été décrits.

La ponction lombaire montre également la dissociation albumino-cytologique habituelle aux compressions et dans plusieurs cas récents une localisation précise fut faite grâce au lipiodol sous-arachnoïdien.

En résumé, les signes cliniques permettent souvent de rapprocher les troubles nerveux à une cause vertébrale, mais seule la radiographie systématique à propos de tout syndrome médullaire ou radiculaire permet de déceler à coup sûr un angiome rachidien.

L'image en est particulière, toutes les radiographies présentent une grande analogie.

Que la lésion atteint une ou plusieurs vertèbres, on a toujours la même image poreuse évoquant une multitude d'alvéoles contigus et d'égale dimension épars par des cloisons et par des îlots plus opaques. Parfois ces cloisons tendent à s'orienter verticalement d'où une striation longitudinale.

Les disques intervertébraux sont cependant conservés, la corticale ayant gardé en général sa continuité et sa netteté peut contraster avec la disparition de l'architecture osseuse centrale.

La forme générale de la vertèbre est très variable. Elle peut être à peu près normale, la texture osseuse est seule modifiée, de façon globale ou parcellaire. D'autres fois, la vertèbre est augmentée de volume, élargie, soufflée. Certes la tuméfaction vertébrale évoluant vers le canal rachidien peut être l'origine d'une compression médullaire.

D'autre fois enfin, le tissu osseux privé de résistance s'est affaissé, la vertèbre est plus ou moins aplatie. Il importe de radiographier la totalité de la colonne vertébrale, car plusieurs foyers angiomeux peuvent coexister. Cependant si la région dorsale moyenne est la plus touchée aucune vertèbre n'est à l'abri de cette lésion. L'angiome vertébral se continue parfois avec un angiome épidual. Dans 3 cas, il coïncidait avec des tumeurs vasculaires du foie et de la rate. Etablir le diagnostic d'angiome vertébral, c'est avant tout

éliminer celui du cancer, qu'évoque au premier abord l'atteinte totale d'un corps vertébral entre les disques intacts. Néanmoins, les aspects courants de l'épithélioma, forme destructive et forme ostéoplastique, sont loin de réaliser l'image poreuse de l'angiome. Mais que ce dernier provoque un effondrement ou un simple tassement vertébral il posera un problème qui ne pourra peut être qu'être orienté sur les présomptions cliniques

EXPOSE CLINIQUE

D'autres hypothèses pourront encore être suscitées : la tuberculose centro-somatique, le sarcome, le reticulo-sarcome, le myélome, la maladie de Hodgkin, la tumeur à myéloplaxes ou le chondrome frappent également le corps de la vertèbre de façon primitive, sans qu'aucune de ces affections puisse réaliser, d'après LIEVRE (Presse Médicale, 6 octobre 1934) « la vertèbre poreuse » classique.

ANATOMIE.

Les caractères anatomiques des angiomes ont été parfaitement décrits dans les observations anciennes, et plusieurs faits récents ont confirmé qu'il s'agissait d'une lésion très spéciale. Des coupes macroscopiques de vertèbres angiomateuses, publiées dans divers travaux, présentent une congruence frappante avec l'aspect radiologique. L'os est creusé de multiples petites cavités pleines de sang ; tantôt ce sont des foyers multiples, tantôt la vertèbre, entièrement envahie, est devenue poreuse tout en gardant sa forme normale, et

tantôt enfin l'os tuméfié déborde sur les parties molles. Le microscope montre qu'il s'agit d'une angiome coverneuse; les cavités sanguines sont tapissées d'un endothélium et reposent sur une adventice; le stroma fibreux a une importance variable. Il n'y a pas de signes de malignité, GUILLAIN, DECOURT et BERTRAND soulignent que l'os disparaît par ostéolyse et qu'on n'observe pas d'image d'ostéoclasie avec myéloplaxes.

Des études systématiques sur pièces anatomiques ont montré que l'angiome vertébral n'était pas une lésion rare: MOKRYCOSTAS en a réuni 12 cas dans le laboratoire d'Erdheim, TOPFER, élève de SCHMORT, en a trouvé 257 sur 2.154 rachis, soit 11,93 pour 100. Il s'agit là de noyaux angiomateux intralvertébraux non extériorisés, et n'ayant probablement pas eu de retentissement durant la vie. Beaucoup plus rares sont certainement les angiomes déterminant les signes décrits plus haut; ceux-ci compriment les racines ou la moëlle par l'intermédiaire de la dure-mère, qui plusieurs fois présentait également une transformation angiomateuse.

TRAITEMENT.

L'angiome vertébral est une lésion peu évolutive; plusieurs fois on a constaté une image radiologique identique à des années de distance. Mais lorsque les signes objectifs de compression médullaire sont appa-

rus, le pronostic est très grave: tous les cas abandonnés à eux-mêmes à ce stade ont évolué vers la mort en quelques mois ou quelques années. Il faut donc traiter activement les cas avec paraplégie, à l'opposé, l'abstention paraît légitime lors de la découverte radiologique fortuite d'une lésion silencieuse. Quant aux formes purement douloureuses, l'intensité des signes fonctionnels ainsi que l'éventualité de la paraplégie nécessitent la tentative thérapeutique, mais leur évolution n'est pas assez bien connue pour permettre l'interprétation rigoureuse du rôle du traitement.

La chirurgie et la radiothérapie ont été utilisées. L'intervention chirurgicale amena la guérison dans le cas de PERMAN; au prix d'une hémorragie considérable, l'ablation d'un arc vertébral fit disparaître la paraplégie. Mais l'abord chirurgical de l'angiome comporte jusqu'ici une lourde mortalité: au fond du puits opératoire se produit une hémorragie qu'il est souvent impossible d'arrêter.

Dans le cas de ROITH, le diagnostic ayant été posé au préalable, l'opération fut faite au bistouri électrique et les suites opératoires furent bonnes; la guérison ne fut pourtant pas obtenue.

La radiothérapie a été tentée par plusieurs auteurs: BURY, CAPP et BARLEY ont vu leur cas s'améliorer rapidement par cette méthode employée après la minectomie. L'effet en fut nul (comme celui de l'opé-

ration) sur la compression médullaire étudiée par ROITH.

La radiothérapie, employée seule, peut donc avoir les plus heureux résultats sur les douleurs et les signes rachidiens de l'angiome vertébral. Son effet exact sur la lésion causale ne nous est pas connu et on ne peut affirmer qu'elle serait aussi radicale dans une compression médullaire avec paraplégie, le cas de BUCY et CAPP, le premier cas de STUHL, paraissaient en avoir bénéficié, d'autres n'ont pas été améliorés. Pratiquement, il semble indiqué d'avoir recours en premier lieu aux rayons X; s'ils échouent, l'intervention chirurgicale est légitimée par la gravité de la compression médullaire par angiome; du moins le diagnostic préalable de cette variété de lésion vertébrale permettra-t-il de prévoir et de limiter les dangers opératoires.

Tel est l'avis qu'exprime M. J.-A. LIEVRE dans la Presse Médicale du 6 octobre 1934.

OBSERVATION

M. R..., âgé de 40 ans, peintre en bâtiment est d'origine italienne. Il est né, en effet, en Sicile, le 8 octobre 1901, d'une famille italienne assez aisée où il a vécu pendant dix ans. Pendant cette période, il a passé une enfance très agréable, au cours de laquelle il n'a contracté aucune maladie. Garçon boulanger, il passait son temps, nous dit-il, avec un sourire teinté de léger regret, à « courir les rues ensoleillées de sa ville natale portant de porte en porte les baguettes de pain doré que contenait le petit panier accroché derrière son dos. »

Puis troquant la boulangerie contre l'usine, il quitte la Sicile pour aller vivre à Turin où il travaille à l'usine d'automobile Fiat. Il mène là une vie bien tranquille. Il est convenablement nourri, proprement logé, il n'aime pas beaucoup la viande, mais préfère les fruits et a une répulsion marquée pour l'alcool sous toutes ses formes et, chose curieuse, pour un Italien d'origine, il n'aime pas les sirops, par contre, il a un goût marqué pour la lecture et la musique, il se couche toujours fort tard dans la nuit, lisant des romans policiers dont il rafole particulièrement ou jouant du violon malgré les protestations véhémentes de ses voisins dont il trouble le sommeil, c'est qu'en effet, à cette période, il vit tout seul, il a perdu son père mort diabétique depuis déjà longtemps, au

temps où il était en Sicile, et il vient de perdre sa mère à 62 ans, de vieillesse, à ce qu'il prétend. Il a vingt ans, et il quitte définitivement l'Italie pour venir vivre en France dans le département des Hautes-Alpes. Une fois en France il se naturalise, contracte un engagement volontaire dans la garde modible pendant trois ans. Au bout de ce temps, il quitte l'uniforme, se marie, exerce plusieurs métiers, mais avec une certaine prédilection pour le métier de peintre en bâtiment. Pendant ce temps, sa femme met au monde quatre enfants dont un meurt à l'âge de trois mois de gastro-entérite, mais les autres se portent bien ainsi que la mère. Quant à lui, il continue à travailler tranquillement, se levant de très bonne heure et se couchant tard, dans la nuit pour jouer du violon et lire des romans. Il vécut ainsi jusqu'en 1937, date à laquelle il commença à sentir après le travail de la journée de la pesanteur et de vagues douleurs, « une sorte de faiblesse dans les reins ». Puis pendant les années 37 et 38 des douleurs plus marquées comparées par le malade à des points de piqûres firent leur apparition dans la région fessière et sacrée. Ces douleurs devenaient plus marquées quand il voulait se baisser ou se redresser. Elles s'accompagnaient de craquements aux genoux, sans cependant le gêner trop dans son travail. Cet état finit par lasser notre artiste qui consulta un médecin. On fit une radiographie qui n'apporta pas grande lumière. A cette radiographie firent suite deux autres, celles-ci quelques mois après en 1939, mais cette fois on porta le diagnostic d'un mal de Pott, et le malade fut envoyé à Berck, où il resta vingt-six mois. C'est pendant son hospitalisation à Berck, à l'occasion d'un changement de plâtre que

l'angiome apparut sous forme d'une tuméfaction abdominale augmentant de volume progressivement. Elle fut prise d'abord pour un abcès potique, mais sans doute la méfiance du médecin fut-elle éveillée par les caractères particuliers de cette tuméfaction, car au lieu de pratiquer une ponction évacuatrice, on fit une ponction exploratrice et au lieu du pus, du sang rouge et sous pression jaillit par la brèche. On retira aussitôt l'aiguille et on fit un pansement compressif. Sur ces entrefaits survinrent les journées de juin 1940 et le malade fut évacué à Brévannes où il resta environ cinquante-cinq jours. Là, on remarqua la tuméfaction abdominale, on la prit de nouveau pour un abcès potique et une ponction évacuatrice fut décidée mais le trocard à peine entré, un sang rouge et sous pression (dit notre malade) jaillit par la solution de continuité. Le trocard fut vivement retiré, on isola le malade des draps à l'aide d'une alaise et l'hémorragie abandonnée à elle-même finit par s'arrêter après trois heures. Enfin quelques jours plus tard, le transfert du malade à Paris fut décidé et notre peintre fut hospitalisé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur BESNARD, le 16 octobre 1941.

Actuellement, M. R... est toujours couché sur le dos. Il n'a pas de fièvre, mais il a le teint ambré, il est assez maigre. Il n'a pas beaucoup d'appétit, ses yeux sont bordés de noir, il est anxieux, aigri, n'aime pas beaucoup qu'on l'approche, il redoute l'examen médical. Il fait cependant des efforts pour se montrer aimable et se laisser examiner, mais il souffre trop : la douleur spontanée siège aux membres inférieurs uniquement et dans les os du bassin. Elle est marquée surtout en dedans du fémur dans le triangle du scarpa et en-dedans de la crête du

tibia. Ces douleurs, que le malade compare à des tiraillements sont permanentes, spontanées et provoquées, bilatérales et irradient de la racine du membre vers l'extrémité libre. « Je n'ai pas mal dans mes mollets, mais surtout au fémur et à la crête du tibia », nous dit-il, car, au cours de sa longue hospitalisation, il a appris un brin d'anatomie.

Il supporte à peine le poids des couvertures et la mise en place d'un grand arceau est nécessaire pour supporter celles-ci. Dès qu'on le découvre on remarque la maigreur de ses membres inférieurs. Ses mollets ont fondu, les pieds amaigris sont en équinisme, les cuisses de même sont très maigres, la peau est d'aspect normal, le volume de l'abdomaine est normal, aussi, mais d'emblée, du premier coup d'œil, on remarque dans le flanc gauche et immédiatement au-dessous des fausses côtes gauche, une saillie volumineuse ovolaire, saillie que M. R... cache prestement de sa main gauche, de crainte d'une palpation brutale, car la palpation de cette masse est douloureuse. C'est une masse régulière ovolaire, bien limitée, volumineuse, elle dépasse en haut et à droite l'ombilic de trois travers de doigt. En bas, elle avoisine la crête iliaque gauche qu'elle n'atteint cependant pas. En arrière, et à gauche, elle atteint la rate et ses limites sont assez floues et difficiles à préciser, mais surtout ce qui frappe c'est la dureté ligneuse de cette masse et cette dureté de bois existe d'une façon régulière et égale dans toutes les parties de la masse. Mais une palpation plus délicate et plus attentive montre un thrill très léger systolique et continue qui se précise d'ailleurs quand on exerce une légère compression à l'aide d'une seconde main glissée sous la région dorso-lombaire gauche.

En promettant à M. R... de ne pas lui faire mal, on peut poser sur cette masse le pavillon d'une stéthoscope et on entend alors un souffle très intense en jet de vapeur siégeant à un foyer situé à la partie inféro-interne para-ombilical à trois travers de doigt de l'ombilic. Ce souffle systolique synchrone au pouls s'entend dans toutes les zones de la masse et même dans tout l'abdomen. Cette espèce de tumeur est spontanément indolore et matte à la percussion.

Le cœur est régulier, mais très rapide. On entend un souffle systolique d'insuffisance mitrale intense en jet de vapeur siégeant à la pointe et irradiant dans l'aisselle gauche, et un dédoublement du second bruit. Le pouls est ample, régulier, bien frappé, mais rapide à 108 pulsations par minute avec une tension artérielle de 14 au Vaquez. Les pouls fémoral et radial sont synchrones. D'autre part le Pachon révèle comme maximum d'oscillation pour le membre inférieur droit:

Cuisse: 8.

Jambe: 6,6.

Comme maximum d'oscillation pour le membre inférieur gauche:

Cuisse: 6.

Jambe: 5,4.

Comme minimum d'oscillation pour le membre inférieur droit.

Cuisse: 1,6.

Jambe: 1,4.

Comme minimum d'oscillation pour le membre inférieur gauche:

Cuisse: 1,6.

Jambe: 2.

Donc, au total on note une diminution nette des oscillations au membre inférieur gauche par rapport au membre inférieur droit.

Examen neurologique.

La force musculaire aux membres inférieurs est très faible. Le malade ne peut même pas détacher les talons du lit, ceci bien entendu sans qu'il y ait la moindre lésion rotulienne. Il peut cependant fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, mais tout ceci d'une façon incomplète de plus ces exercices sont douloureux.

Cependant aux membres supérieurs la force musculaire est conservée.

Les réflexes achilléens existent d'une façon normale, cependant un peu plus vif à droite qu'à gauche.

Quant aux réflexes rotuliens, ils semblent être abolis, mais peut-être est-ce aussi à cause de la douleur provoquée par la percussion.

Le réflexe tendineux plantaire se fait en extension, il y a un Babinski unilatéral du côté droit. Le réflexe cutané abdominal et sous et sus-ombilical persiste alors que le réflexe cremastérien est aboli des deux côtés.

D'autre part, la douleur subjective spontanée persiste toujours.

Ainsi que la sensibilité superficielle: sensation de tact et de la douleur provoquée à la pression. De même la sensibilité profonde: sens de position et de stéréognosie sont conservés chez notre malade.

Le réflexe pupillaire persiste également à la distance comme à la lumière.

Enfin, pour terminer notre examen neurologique, ajoutons qu'il n'y a aucun trouble sphinctérien.

Examen gl.

Il n'y a pas de fièvre, pas d'adénopathie. Le foie est normal ainsi que les autres viscères. Aucun trouble digestif sinon de la constipation due à l'immobilisation prolongée.

L'appétit est assez bien conservé et l'état général satisfaisant.

EXAMEN DE LABORATOIRE

Examen du sang.

L'examen du sang en vue de déceler une atteinte syphilitique possible a montré un résultat négatif tant pour les réactions de déviation de complément: Wassermann et Hechte, que de floculation: Khan.

Les urines étant fort troubles, un examen de laboratoire a été demandé le 6 novembre 1941 et le résultat est le suivant: quantité considérable de leucocytes, pas d'hématies, pas de cellules épithéliales, pas de cylindres, pas de cristaux. Par contre, l'examen a montré la présence de très nombreux germes banaux. La culture a donné des colibacilles.

RADIOGRAPHIE

En 1936, une radiographie de la colonne vertébrale montre un pincement articulaire au niveau des vertèbres lombaires. C'est d'ailleurs ce pincement articulaire qui joint aux douleurs lombaires a emporté le diagnostic de

mal de Pott et qui commanda le plâtrage de notre malade.

En 1938, une seconde radiographie montre qu'il n'y a plus de projection de l'apophyse lombaire d'une part. D'autre part, on remarque une torsion vertébrale assez nette. Néanmoins la projection des pédicules sur le corps vertébral persiste.

Mai 1939: la projection des lames et des pédicules persiste. Le « pincement des corps vertébraux » est très net.

Une radiographie de face révèle l'atteinte des deuxième et troisième vertèbres lombaires.

Une radiographie de profil révèle un léger pincement vertébral d'une part et d'autre part on note que la partie antérieure de la vertèbre inférieure est convexe en avant. Mais surtout *on remarque que la vertèbre est boursofflée à sa partie antérieure*, ce qui est un signe tout à fait caractéristique d'hémangiome vertébral.

Les dernières radiographies montrent actuellement l'atteinte massive des vertèbres lombaires surtout des quatre dernières qui ont presque complètement disparu.

TRAITEMENT

L'intervention chirurgicale qui consiste dans l'ablation de la masse angiomateuse n'ayant pas compté un grand nombre de succès, mais au contraire ayant trop souvent causé des hémorragies post-opératoires mortelles du moins en ce qui concerne les observations déjà rapportées, a été écartée et le traitement de base a été assuré

par la radiothérapie à raison de deux séances par semaine. M. R... a eu déjà douze séance de radiothérapie depuis son hospitalisation dans le service du Professeur BESNARD. Le résultat a été une amélioration des signes fonctionnels et physiques. En effet le thrill si net les jours précédents est devenu presque imperceptible, mais surtout la douleur s'est calmée dans une large mesure et un rayon d'espérance est venu atténuer le sourire pessimiste de notre pauvre malade.

DISCUSSION

Nous en avons fini avec l'exposé clinique de l'angiome vertébral et la présentation de notre malade. Mais le diagnostic étant clinique et la preuve histologique irréfutable n'ayant pu être apportée à l'appui de ce que nous avons avancé plus haut, il nous faut donc, prenant en quelque sorte le « taureau par les cornes », aller au-devant des objections qu'on pourrait nous faire et examiner les affections qui pourraient simuler l'angiome vertébral.

Tout d'abord et puisqu'il s'agit d'une affection chronique, l'idée du cancer vient à l'esprit. Cependant, il ne nous semble pas qu'il puisse s'agir ici d'un cancer car nous sommes en présence d'une affection qui évolue depuis plusieurs années et cependant l'état général est resté assez satisfaisant. Et d'autre part, il n'y a pas de métastase viscérale: le foie est normal, il n'y a pas d'adénopathie. Il ne semble pas y avoir l'atteinte d'autres viscères et si on admet que le foyer du cancer soit la masse abdominale dont nous avons parlé dans notre observation. Nous pourrions dire pour réfuter cette opinion que, quoique cette masse ait la dureté ligneuse caractéristique du cancer, elle s'en différencie du fait qu'elle est bien limi-

tée et si elle a rongé les vertèbres, elle ne semble pas vouloir envahir les autres organes pourtant avoisinants et semer l'anarchie cellulaire au sein des autres viscères. Ceci malgré la promiscuité du foie, terrain aussi apte que possible pour un cancer secondaire. D'ailleurs et encore une fois malgré les années, notre malade ne présente pas le tableau de cachexie néoplasique. Il n'a pas le teint jaune paille caractéristique, ni les œdèmes, ni l'anorexie élective et les membres supérieurs sont restés relativement vigoureux.

Donc, nous appuyant sur les arguments précédents, nous éliminons le cancer. Il nous reste à examiner maintenant la possibilité d'un anévrisme.

Fréquence.

Au point de vue fréquence, l'anévrisme de l'aorte abdominale occupe le troisième rang, après les anévrismes de l'aorte ascendante et de la crosse aortique, avant ceux de l'aorte postérieure. Cependant, l'anévrisme de l'aorte abdominale est une affection assez rare. La forme est lisse, régulière, le volume souvent considérable atteint et dépasse même celui d'une tête d'adulte.

Dans la règle, il s'étend en avant, refoulant devant lui la masse intestinale. Lorsqu'il naît aux dépens de la face postérieure du vaisseau, son extension est précocement bridée par les corps vertébraux qu'il use peu à peu.

Symptomatologie.

Les signes fonctionnels *peuvent faire entièrement défaut* dans les anévrismes à développement antérieur, malgré le volume de la tumeur grâce à la mobilité des anses intestinales et des autres viscères abdominaux. Ce silence fonctionnel, absolu ou relatif, est l'un des caractères les plus importants des anévrismes de l'aorte abdominale.

En ce qui concerne les douleurs, il n'en est pas toujours ainsi et dans le type à développement postérieur en particulier, les douleurs sont précoces, intenses, récidivantes.

Tantôt c'est une douleur aiguë, paroxystique, dont le maximum siège à l'épigastre, ou encore une barre pesante, atrocement pénible, irradiant en ceinture ou en demi-ceinture, qui reproduit exactement l'étau retro-sternal de la crise angineuse. Ces types de douleurs relèvent, habituellement, de la compression et de l'irritation des plexus nerveux.

Tantôt la douleur est plus sourde, plus profonde, tébrébrante, presque continue, et traduit alors l'érosion des corps vertébraux. Quelle que soit leur modalité, ces douleurs diffèrent des névralgies banales par leur acuité, leur persistance et leur répétition, par leurs modifications sous l'influence des changements d'attitude, enfin par leur sédation au moins temporaire sous l'influence du traitement spécifique.

D'autre part, des *crises diarrhéiques* subites, véritable flux aqueux mêlé de glaires, surviennent sans cause apparente au milieu de périodes de *constipation*, voire même d'obstruction, celles-ci relevant de la gêne mécanique imposée par la tumeur au transit intestinal, celles-là témoignent par leur brusquerie de leur origine nerveuse.

Exposant encore davantage aux méprises : l'*ascite* liée à la compression de la veine porte, l'ictère dû à la compression des voies biliaires extra-hépatiques, l'œdème des membres inférieurs provoqué par la compression de la veine cave inférieure.

Pour ce qui est des signes physiques, ils sont peu marqués ou même absents lorsque la tumeur est de petit volume, ils deviennent des plus nets cependant en présence d'une ectasie volumineuse.

L'anévrisme peut s'abjectiver à l'inspection (pratiquée à jour frisant, le malade étant allongé et prenant soin de relâcher les muscles abdominaux) par une zone animée de soulèvements synchrones au pouls. La palpation fait sentir une masse arondie, généralement régulière dont les pulsations systoliques s'accompagnent d'une expansibilité très nette. Non sans danger, on rend plus manifeste ces battements expansifs en priant un aide de comprimer les deux artères fémorales, ce qui a pour résultat d'élever la pression sanguine dans l'intérieur du sac. Cette manœuvre provoque parfois l'appari-

tion d'un frémissement vibratoire, un *thrill* qui, dans d'autres cas, est perçu spontanément.

A l'auscultation, on entend un *souffle systolique* constant dont les caractères ne varient pas avec la pression du stéthoscope, et qui se propage le long de la colonne vertébrale. Dans quelques cas il est suivi d'un *souffle diastolique* qui, en l'absence d'insuffisance aortique concomittante (dont la propagation nécessiterait d'ailleurs des lésions de sclérose pariétale étendues) relève sans doute de l'évacuation de la poche après son remplissage systolique.

En outre, la traversée de la poche anévrismale imprime à l'ondée sanguine un amortissement et un retard. Les deux pouls fémoraux sont affaiblis, et même difficiles à percevoir, et ceci rend compte des troubles de la marche qui réalisent un véritable syndrome de claudication intermittente. Ils présentent de plus un *retard de trois à cinq centièmes de seconde sur les pouls radiaux*. Enfin *la tension artérielle dans les membres inférieurs est abaissée de quelques centimètres de Hg par rapport à la tension mesurée aux membres supérieurs*.

Enfin, l'évolution est progressive, entrecoupée de rémissions spontanée ou provoquée par le traitement spécifique, et s'étend sur une période de deux ans, cinq ans et davantage.

Telle est l'opinion de M. le Professeur LAUBRY, exprimée dans son traité des Maladies du Cœur et des Vaisseaux. On remarque d'emblée la notable différence qui

existe entre l'observation que nous avons rapportée et le tableau clinique de l'anévrisme de l'aorte abdominale que nous avons exposé plus haut, tableau dont nous essayerons plus loin, et en matière de conclusion, d'extraire les éléments essentiels et de les opposer, point par point, aux faits que nous avons rapportés plus haut dans notre observation.

CONCLUSIONS

Dans le chapitre réservé à la discussion du diagnostic, nous avons éliminé le néoplasme en nous basant sur l'état général qui est bien conservé alors que la maladie évolue déjà depuis quelques années. D'autre part, le manque de métastase et l'allure localisée de l'affection sont, à notre avis, des éléments qui militent contre un diagnostic de cancer.

Examinons maintenant l'anévrisme abdominal. Si nous nous rapportons à l'opinion de M. le Professeur LAUBRY, sur ce sujet, opinion que nous avons exposée longuement dans le précédent chapitre, nous remarquons que parmi les faits que nous avons groupés et rapportés dans notre observation, on ne remarque aucun des symptômes suivants tels que : l'ascite, l'ictère, l'œdème des membres inférieurs, l'affaiblissement du pouls fémoral, le retard du pouls fémoral par rapport au pouls radial, le souffle diastolique perçu à l'auscultation de la poche anévrismale, les troubles digestifs constitués par une longue période de constipation alternée par des débâcles diarrhéiques. Alors que tous ces signes capitaux, au cours de l'anévrisme de l'aorte

abdominale, d'après M. le Professeur LAUBRY, et qui devraient être très nets puisqu'il s'agirait en l'occurrence d'un très gros anévrisme abdominal, manquent totalement. De plus, à la palpation de la masse abdominale, on note la dureté ligneuse uniforme qui n'a jamais été notée dans les observations de l'anévrisme abdominal et qui est d'ailleurs tout à fait contraire à l'impression de mollesse que doit laisser la palpation d'une paroi artérielle dilatée. Un dernier argument contre l'anévrisme abdominal et en faveur de l'angiome vertébral peut être tiré de la thérapeutique et c'est l'amélioration des signes fonctionnels (douleur) et physique (thrill) depuis l'instauration de la radiothérapie.

La radiographie elle-même s'inscrit en faux contre ce diagnostic, en effet, de l'avis même de M. LAMY, chirurgien orthopédiste de l'hôpital Foch, la lésion ne ressemble pas à une poche anévrismale qui viendrait comprimer et ronger les corps vertébraux, mais plutôt semble prendre source à l'intérieur même des vertèbres et des espaces vertébraux. Enfin, le laboratoire aussi tend à rejeter ce diagnostic puisque des examens répétés du sang en vue de déceler une syphilis possible, tendant à accréditer l'idée de l'anévrisme ont apporté un résultat négatif.

Donc, en résumé, cliniquement les faits rapportés dans notre observation ne peuvent être attribués ni à

un néoplasme, ni à un anévrisme de l'aorte abdominale, mais bien à un angiome vertébral. Et d'ailleurs, nous avons un argument radiologique à l'appui de cette façon de voir, et c'est *l'aspect boursoufflé de la vertèbre à sa partie antérieure*, ce qui est, de l'avis des spécialistes, notamment de M. LAMY et de M. LIEVRE, plaide en faveur de l'angiome vertébral.

Vu:

Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu:

Le Président de Thèse,
BENARD

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- BUCY, CAPP et BAILLEY. — Am. J. Roentgenol., 1930, 23, 1.
- CLEVELLIN et GAUTHIER. — Rev. de Chir., vol. 51, avril 1932, p. 308-315.
- DEETZ. — Munch. Med. Woch., 1901, 48.
- FUMAROLD et ENDERLE. — Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. psychiatrie, 150, 411, 420.
- GOLD. — Arch. f. Klin. Chir., 1926, 139.
- GLOBUS et DOSHAY. — Surg. Gynec. and Obst., 1929, 48.
- GUILLAIN, DECOURT et BERTRAND. — Annales de Médecine, t. XXIII, 19288.
- JUNGHANS. — Arch. f. Klin. Chir., V. 169, 321-330, 1930.
- LAMY et LEPENNETIER. — Soc. de Radiologie méd. de France, 12 nov. 1929.
- LIEVRE. — Bull. mém. Soc. méd. des Hôp., vol. 48, 3 juin 1932.
- Presse Médicale, 6 octobre 1934.
- MAKRYCOSTAS. — Virch. Archiv. f. path. Anat., 1927, p. 265.
- MAY, DECOURT et Mlle WILMS. — Bull. Méd. Soc., méd. Hôp., vol. 48, 27 juin 1932.
- VIRCHOW. — Verhandlung d. deutsch. Patholog. Gesellschaft, 1909.

- GERHARDT. — Deutsch. Zeitschrift f. Nerv., t. 1, 1895.
- MUTHMAN (A.). — Virch. Arch. « Über einen seltenen Fall von Gelassgeschwulst der Wirbelsäule », 1903.
- Deetz Münchner Mediz. Woch. « Angiom der Wirbelsäule », 1903.
 - Archiv. f. Zeit. f. Pathologie, 1919-1920.
 - Compression médullaire pour angiome vertébral. (*Annales de méd.*, janvier 1928).
- PERCIVAL, BAILLEY et BUGG. — Cavernous hemangioma of the vertebral column. (*American medical association*, 25 mai 1926).
- SANDHAL (A.). — Acta chirurgica Scandinavia, Beitrag zur Kenntniss des Allgemeinen, Vorkommens des hemmagioma in der Wirbelsäule (XII. 1931).
- EINOR PERMAN. — Acta chirurgica scandinavia: an hemangioma in the spinal column, act. 1926.
- MASSESIAN. — J. de Radiol. et Electrologie, vol. 17 juillet 1933.
- REISNER. — Röntgenpaxis, 1931, 900.
- RIBBERT. — Deutsch. Med. Woch., 1912, 38.
- ROEDERER. — Paris Médical, I, 544-548, 17 juin 1933.
- ROITH. — Zentralbt. f. Chir., t. LVIII, 192.
- SCHINZ et UHLINGER, cités par JUNGHAUS.
- SCHROL et JUNGHAUS. — Die Gesunde und Roentgenbild, Leipzig, 1932.
- TAPPER. — cité par MASSESIAN.
- TROMMER. — Frank Zeitschrift f. Path., 1928, 36.
- VIRCHOW. — Die Krankhaften Geschwülste, Bd. 11.

